



Зарегистрировано 11.09.2025
Регистрационный номер №205/25/8/ПА

**АГЕНТСТВО ПО ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

11.09.2025

8/ПА

Об утверждении форм документов, используемых агентством по занятости населения Астраханской области при проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита) при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты

В соответствии с частью третьей статьи 21, статьями 52, 52.1, 52.2 Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», постановлением Правительства Астраханской области от 28.09.2021 № 453-П «О региональном государственном контроле (надзоре) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты»

агентство по занятости населения Астраханской области **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые формы документов, используемые агентством по занятости населения Астраханской области при проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита) при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты:

- решение о проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита);
- уведомление о проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита);
- учетная карточка профилактического визита (обязательного профилактического визита);
- акт о невозможности проведения обязательного профилактического визита;
- журнал учета профилактических визитов (обязательных профилактических визитов), проводимых в рамках осуществления регионального государственного контроля (надзора) на территории Астраханской области.

2. Директору государственного казенного учреждения Астраханской области «Управление по техническому обеспечению деятельности агентства по занятости населения Астраханской области» Разинкову С.П.:

2.1. В срок не позднее 3 календарных дней со дня подписания направить копию настоящего постановления в министерство государственного управления, информационных технологий и связи Астраханской области для официального опубликования.

П - 000469

2.2. Не позднее семи рабочих дней со дня подписания направить копию настоящего постановления в прокуратуру Астраханской области.

2.3. В семидневный срок после дня принятия настоящего постановления направить его копию поставщикам справочно-правовых систем ООО «Астрахань-Гарант-Сервис» и ООО «АИЦ «КонсультантПлюс» для включения в электронные базы данных.

3. Начальнику отдела технологий, общественных связей и проектной деятельности агентства по занятости населения Астраханской области Есиной Н.В. в двухдневный срок со дня подписания разместить текст настоящего постановления на официальном сайте агентства по занятости населения Астраханской области <https://azn.astrobl.ru>.

4. Начальнику правового и кадрового обеспечения агентства по занятости населения Астраханской области Борисовой Э.А.:

4.1. В семидневный срок со дня подписания направить копию настоящего постановления в Думу Астраханской области.

4.2. В семидневный срок после дня первого официального опубликования направить копию настоящего постановления, а также сведения об источниках его официального опубликования в Управление Министерства юстиции Российской Федерации по Астраханской области.

5. Постановление вступает в силу по истечении 10 дней после дня его официального опубликования.

Руководитель агентства



Р.А. Азизов

УТВЕРЖДЕНО

постановлением агентства
по занятости населения
Астраханской области
от 11.09.2025 № 8/МА

Решение
о проведении профилактического визита
(обязательного профилактического визита)

от « » _____ г. час. мин. № _____

1. Решение принято

(указывается наименование должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) контрольного (надзорного) органа или иного должностного лица контрольного (надзорного) органа, уполномоченного на принятие решений о проведении профилактических мероприятий).

2. Решение принято на основании статьи 52.1 (52.2) Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»/Решение принято в соответствии с выявленным индикатором риска нарушения обязательных требований в соответствии с постановлением Правительства Астраханской области от 28.09.2021 № 453-П «О региональном государственном контроле (надзоре) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты».

(указывается основание)

3. Профилактический визит проводится при осуществлении регионального государственного контроля (надзора) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты.

4. На проведение профилактического визита уполномочены:

(указываются фамилии, имена, отчества (при наличии), должности инспектора (инспекторов), уполномоченного (уполномоченных) на проведение профилактического визита).

5. Профилактический визит проводится в отношении контролируемого лица:

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя или наименование юридического лица, ИНН, ОГРН, юридический адрес организации, места осуществления деятельности индивидуальным предпринимателем, в отношении которых проводится профилактический визит)

6. Предметом профилактического визита (обязательного профилактического визита) является:

Информирование контролируемого лица об обязательных требованиях, установленных Федеральным законом от 12.12.2023 № 565-ФЗ «О занятости населения в Российской Федерации», Законом Астраханской области от 14.11.2023 № 96/2023-ОЗ «О квотировании рабочих мест для трудоустройства граждан, испытывающих трудности в поиске работы, в Астраханской области».

7. Профилактический визит проводится (нужное выбрать):

7.1. По адресу осуществления деятельности контролируемым лицом:

_____ (указывается адрес места осуществления деятельности контролируемым лицом)

«__» _____ 20__ г.

_____ (указывается дата проведения профилактического визита, ранее наступления которой профилактический визит не может быть проведен)

7.2. Посредством видео-конференц-связи в следующие сроки:

«__» _____ 20__ г. с ____ часов по ____ часов.

_____ (указывается дата и время начала проведения профилактического визита, ранее наступления которого профилактический визит не может быть проведен)

7.2.1. Для участия в видеоконференции необходимо использовать ссылку

_____ (указывается ссылка для регистрации контролируемого лица)

8. Срок непосредственного взаимодействия с контролируемым лицом не может превышать десять рабочих дней и может быть продлен на срок, необходимый для проведения экспертизы, испытаний.

_____ (указывается срок, в пределах которого осуществляется непосредственное взаимодействие с контролируемым лицом)

_____ (должность, фамилия, инициалы руководителя, заместителя руководителя, иного должностного лица, принявшего решение о проведении профилактического визита)

_____ (должность, фамилия, инициалы лица, непосредственно подготовившего проект решения, контактный телефон, электронный адрес (при наличии))

Отметка об ознакомлении или об отказе от ознакомления (дата и время) контролируемых лиц или их представителей с решением о проведении профилактического визита

УТВЕРЖДЕНО

постановлением агентства
по занятости населения

Астраханской области

от 11.09.2025 № 8/17А

Наименование объекта контроля
(надзора), в отношении которого
проводится профилактический визит
(обязательный профилактический ви-
зит), юридический адрес/ адрес осу-
ществления деятельности, e-mail (при
наличии)

Уведомление

о проведении профилактического визита
(обязательного профилактического визита)

В соответствии с Федеральным законом от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», постановлением Правительства Астраханской области от 28.09.2021 № 453-П «О региональном государственном контроле (надзоре) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты» агентство по занятости населения Астраханской области уведомляет о проведении профилактического визита/(обязательного профилактического визита) в отношении

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, ОГРН, ИНН)

На основании:

(указать одно из оснований проведения профилактического визита:
индикаторы риска нарушения обязательных требований; наличие сведе-
ний о готовящихся или возможных нарушениях обязательных требований,
а также о непосредственных нарушениях обязательных требований, если
указанные сведения не соответствуют утвержденным индикаторам риска
нарушения обязательных требований; в связи с отношением объекта кон-
троля к категориям значительного риска; начало осуществления контролиру-
емым лицом деятельности в определенной сфере) в форме

(место осуществления деятельности контролируемого лица, при проведении
в форме беседы, по месту фактического осуществления деятельности
контролируемого лица, по адресу либо в формате видео-конференц-связи)
с целью информирования об обязательных требованиях, предъявляемых
к осуществляемой деятельности либо к принадлежащим объектам кон-

троля, их соответствии критериям риска, основаниях и о рекомендуемых способах снижения риска, а также о видах, содержании и об интенсивности контрольных (надзорных) мероприятиях, проводимых в отношении

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата проведения профилактического визита

« ____ » _____ 20 ____,

продолжительность проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита) не может превышать десять рабочих дней и может быть продлена на срок, необходимый для проведения экспертизы, испытаний.

..... (должность)

..... (подпись)

..... (Ф.И.О.)

УТВЕРЖДЕНА
постановлением агентства
по занятости населения
Астраханской области
от 14.09.2025 № 8/17А

Учетная карточка
профилактического визита
(обязательного профилактического визита)

Дата проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита):

« _____ » _____ 20 ____ г.

Дата уведомления контролируемого лица о проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита):

« _____ » _____ 20 ____ г.

Профилактический визит (обязательный профилактический визит) проводил:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного должностного лица на проведение профилактического мероприятия)

Контролируемое лицо, в отношении которого проведен профилактический визит (обязательный профилактический визит):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) контролируемого лица или наименование контролируемого лица, ОГРН, ИНН)

Основание проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита)

(выбрать основание:

- 1) индикаторы риска нарушения обязательных требований;
- 2) начало осуществления контролируемым лицом деятельности в определенной сфере;
- 3) критерии отнесения объекта контроля к категории риска.)

Форма проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита):

_____ (по месту осуществления деятельности контролируемого лица (указывается адрес) либо в формате видео-конференц-связи)

Информация о несогласии контролируемого лица на проведение мероприятия профилактического визита (обязательного профилактического визита)

_____ (поступало ли уведомление от контролируемого лица об отказе от проведения профилактического визита)

Сведения о результатах профилактического визита (обязательного профилактического визита):

(в случае если при проведении профилактического визита установлено, что объекты контроля представляют явную непосредственную угрозу причинения вреда (ущерба) охраняемым законом ценностям или такой вред (ущерб) причинен, незамедлительно направить информацию об этом уполномоченному должностному лицу контрольного (надзорного) органа для принятия решения о проведении контрольных (надзорных) мероприятий

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

УТВЕРЖДЕН
постановлением агентства
по занятости населения
Астраханской области
от 11.09.2025 № 8/МА

Акт № _____
о невозможности проведения
обязательного профилактического визита

от « ___ » _____ 20 ___ г.

1. На основании решения

(указывается ссылка на решение уполномоченного должностного лица
контрольного (надзорного) органа о проведении профилактического визи-
та, номер, дата)

« ___ » _____ 20 ___ года с ___ часов до ___ часов в рамках:

(указывается наименование контроля)

запланировано проведение обязательного профилактического визита в
отношении:

(указывается для юридического лица: наименование, юридический адрес,
ОГРН, ИНН, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) руководите-
ля;)

2. На проведение профилактического визита уполномочены:

(указываются должности, фамилии, имена, отчества (последнее при
наличии) лиц, уполномоченных на проведение профилактического визита)

Форма проведения профилактического визита:

(по месту осуществления деятельности контролируемого лица (с указанием
адреса) либо путем использования видео-конференц-связи)

Сроки проведения профилактического визита:

с « ___ » _____ 20 ___ г. по « ___ » _____ 20 ___ г.

Причина невозможности проведения профилактического визита:

(указывается причина невозможности проведения: 1) отсутствие
контролируемого лица по месту нахождения (осуществления деятельности);
2) фактическое неосуществление деятельности контролируемым лицом;

3) иные действия (бездействие) контролируемого лица, повлекшие невозможность проведения профилактического визита)

Обстоятельства, повлекшие невозможность проведения профилактического визита:

(указываются обстоятельства, повлекшие невозможность проведения профилактического визита, фактически проведенные действия, информация об их результатах)

Подписи:

(указываются должности, фамилии, имена, отчества (последнее при наличии), подписи лиц, уполномоченных на проведение профилактического визита)

С актом проведения профилактического визита ознакомлен (а), копию акта со всеми приложениями получил (а):

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица,

«__» _____ 20__ г.

УТВЕРЖДЕН

постановлением агентства
по занятости населения

Астраханской области

от 11.09.2025 № 8/МА

Журнал учета профилактических визитов
(обязательных профилактических визитов), проводимых
в рамках осуществления регионального государственного
контроля (надзора) за приемом на работу инвалидов в пределах установленной квоты

№ п/п	Номер и дата решения о проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Дата проведения и окончания профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Наименование объекта контроля (надзора), в отношении которого проводился профилактический визит (обязательный профилактический визит), ОГРН, ИНН	Основание проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Место проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Форма проведения профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Должность, фамилия, инициалы лица, проводившего профилактический визит (обязательный профилактический визит)	Сведения об уведомлении контролируемого лица о проведении профилактического визита (обязательного профилактического визита)	Сведения об отказе контролируемого лица от проведения обязательного профилактического визита
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10